

# Alltagspraxis in den Institutionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung

Martina Klausner und Jörg Niewöhner

## Einleitende Vorbemerkungen

Aktuelle Studien verzeichnen eine Häufigkeit von psychischen Störungen unter Erwachsenen in Deutschland zwischen etwa fünf und zwanzig Prozent (Richter 2008). Ein Teil dieser Menschen wendet sich dem psychiatrischen Versorgungssystem zu. Dieses besteht neben der klinischen Versorgung vor allem aus gemeindepsychiatrischen Angeboten, das heißt mehr oder weniger stark institutionalisierten Hilfs- und Unterstützungsangeboten, wie Tagesstätten, betreutem Wohnen, deren Koordination vor allem durch den Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen wird, sowie verschiedenen niederschweligen Angeboten aus den Selbsthilfebewegungen.

Dieses Sonderheft der Berliner Blätter führt Beiträge aus studentischen Forschungsprojekten zusammen, die sich auf ethnographische Weise diesem so genannten komplementären Sektor in Berlin genähert haben. Im Vordergrund steht dabei der Alltag in diesen Institutionen und Gruppen: ihre Routinen, ihre Selbstverständnisse, ihre Interaktionsformen. Der Zugang zu diesem sensiblen Forschungsfeld verlief in allen sechs Forschungsprojekten über eine spezifische Organisation oder einen Selbsthilfeverein.<sup>1</sup> Jedoch fokussieren alle Beiträge über diesen institutionellen Zugang das Schnittfeld zwischen professioneller Betreuung und Sorge einerseits und den Erfahrungen, Vorstellungen und Alltags der Betroffenen andererseits. In diesem Spannungsfeld zeigen die Arbeiten, wie im Alltag auf kleinster Ebene immer wieder Beziehungen neu ausgehandelt, Fürsorge und Kontrolle ausbalanciert, Räume für Veränderung offen gehalten und Erfahrungsmöglichkeiten neu konfiguriert werden.

Diese Einleitung bietet zunächst einen kurzen Überblick über die Entwicklung des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland seit den späten 1960er Jahren. In einem zweiten Schritt diskutiert sie kurz drei theoretische Bewegungen – von Normalität zu *moving targets*, von Alltag zu Praxis und von Raum zu *care* –, die in der einen oder anderen Form in den Beiträgen aufgegriffen werden und die die unterschiedlichen Zugriffe bis zu einem gewissen Grad verbinden. Die Einleitung schließt mit einer kurzen, überblicksartigen Vorstellung der einzelnen Aufsätze.

## Psychiatrisches Versorgungssystem (in Berlin)

Seit der Veröffentlichung von Erving Goffmans Buch *Asyle* im Jahr 1961, in dem er den Alltag in einer psychiatrischen Anstalt in den USA beschreibt, hat sich in der Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen vieles grundlegend verändert (Goffman 1961).

Ähnlich wie in anderen, vor allem westlichen Gesellschaften, begannen in Westdeutschland in den 1970er Jahren weit reichende Reformen, die vor allem von der Einsicht geprägt waren, dass der oftmals als selbstverständlich angenommene chronische Verlauf psychischer Erkrankungen durch die Langzeithospitalisierung der Betroffenen verursacht wurde. Grundlegende Veränderungen in den institutionellen wie therapeutischen Bedingungen sollten – so die damalige Erwartung – die Prognosen von psychischen Erkrankungen positiv beeinflussen und die Reintegration der Betroffenen in die Gesellschaft ermöglichen. Der entscheidende Impuls für die bundesrepublikanischen Reformen ging von einem Bericht der Psychiatrie-Enquête-Kommission im Jahr 1975 aus, die – berufen vom Deutschen Bundestag – erstmals einen ausführlichen Bericht über den Zustand psychiatrischer Behandlung und Versorgung zusammenstellte (Psychiatrie-Enquête 1975). Bemängelt wurden neben den desolaten baulichen und hygienischen Zuständen in psychiatrischen Anstalten vor allem, dass ein hoher Anteil an LangzeitpatientInnen teilweise mehr als 10 Jahre dort lebte. Auch ein »therapeutischer Nihilismus« wurde kritisiert – meist entsprach die Versorgung der PatientInnen in den großen Anstalten eher einer Art »Aufbewahrung« denn einer intensiven Behandlung, geschweige denn Rehabilitation. Für längst überfällig befand man daher eine schrittweise Ent-Hospitalisierung gerade der LangzeitpatientInnen und deren Einbindung in ambulante Hilfen.

Zwei Grundprinzipien der Reformen waren dabei entscheidend und prägten die Hilfen für psychisch Kranke bis heute: »gemeindenah« und »ambulant vor stationär«. Ziel war es die großen psychiatrischen Einrichtungen, die teilweise seit dem 19. Jahrhundert bestanden, aufzulösen und an Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen einzurichten, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung der Menschen zu gewährleisten (vgl. Empfehlungen der Expertenkommission 1988). So gab es beispielsweise in den Westberliner Bezirken bis in die 1980er Jahre insgesamt drei zentrale psychiatrische Anstalten mit teilweise bis zu 1000 Betten. In Folge der bundesweiten Psychiatriereformen wurde auch in Berlin die psychiatrische Versorgung Schritt für Schritt dezentralisiert und »regionalisiert«, das heißt in den verschiedenen Bezirkskrankenhäusern wurden psychiatrische Kliniken eingerichtet, welche die Pflichtversorgung für einen Bezirk übernahmen.<sup>2</sup> Neben dieser Verlegung psychiatrischer Behandlung in die Bezirkskrankenhäuser meint »gemeindenah« vor allem auch die enge Vernetzung der klinischen Behandlung mit den verschiedenen Angeboten der so genannten komplementären Versorgung. Gemäß dem Prinzip »ambulant vor

stationär« sollten lange stationäre Aufenthalte möglichst vermieden und – soweit es für die Betroffenen angemessen erschien – eine ambulante Behandlung und Betreuung der stationären Aufnahme vorgezogen werden. Im Zuge dieser neuen Versorgungsphilosophie wurden zahlreiche neue Angebote und Strukturen einer gemeindepsychiatrischen Versorgung geschaffen, die bis heute von Institutsambulanzen, verschiedenen Wohnbetreuungsformen und psychiatrischer Hauskrankenpflege über Beratungs- und Kontaktstellen bis hin zu geschützten Arbeitsplätzen in Werkstätten, Tagesstätten und ähnlichem reichen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz 1997). Erklärtes Ziel war es, sowohl für den Bereich von Pflege und Behandlung, dem Bereich Wohnen, als auch in den Bereichen Beratung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung eine Bandbreite von Angeboten zu schaffen, um für jeden Einzelfall die angemessene Versorgungsform anbieten zu können und zu gewährleisten, dass die Betroffenen in ihrem gewohnten Umfeld integriert werden oder integriert bleiben. Dieser Paradigmenwechsel von stationären hin zu ambulant-kommunalen Hilfen sollte langfristig nicht nur zu einer Ent-Hospitalisierung psychisch Kranker führen, sondern auch die Notwendigkeit einer institutionellen Unterstützung – also auch im Rahmen von Heimen oder anderen betreuten Wohnformen – minimalisieren. Gerade am Beispiel der Heimunterbringung, die eigentlich die letzte Alternative im Ent-Hospitalisierungsprozess sein sollte, deutet sich allerdings an, dass es eher zu einer Verschiebung der Versorgung vom stationären in den komplementären Sektor kommt (vgl. Psychiatrie-Bericht Deutschland 2007, 43; Vock u.a. 2007). Trotz der grundlegenden Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung erscheint aus heutiger Sicht das Ziel einer (Re-)Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft nach wie vor problematisch und wird sowohl von den Professionellen des psychiatrischen Versorgungssystems als auch den Betroffenen und Angehörigen kritisch diskutiert. Problematisiert wird vor allem, dass die Betroffenen in eine Art »geschützte Parallelwelt« aus betreutem Wohnen, gesonderten Arbeitsstätten und fortlaufender psychiatrischer Behandlung eintreten und nur selten wieder Anschluss an den »normalen« gesellschaftlichen Alltag finden. Gemeindepsychiatrische Hilfen bewegen sich dabei in einem Spannungsfeld von Fürsorge für kranke Menschen einerseits und dem Ziel eines weitestgehenden Erhalts beziehungsweise einer Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen. Wie sich dieses Spannungsfeld von Fürsorge und Erhalt der Eigenständigkeit in den Alltags von komplementären Versorgungseinrichtungen in einem Bezirk in Berlin gestaltet, untersuchen die hier vorliegenden studentischen Beiträge. Sie gewähren Einblicke in die alltäglichen Praxen der Versorgung und skizzieren in ihrer detaillierten Beschreibung die Ambivalenzen und Aushandlungsprozesse, welche die Alltage von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung prägen.

## **Klassifikation, Normalität, Moving Targets**

Untersucht man sozial- oder kulturwissenschaftlich die Alltage von Menschen, die auf verschiedene Art und Weise in Kontakt mit dem psychiatrischen Versorgungssystem stehen und die Alltage der Institutionen, die versuchen diese Menschen zu unterstützen, dann drängt sich alsbald unweigerlich die Frage nach der Grenze zwischen »Normal-Sein« und »Verrückt-Sein« auf. Seit den Studien der französischen Historiker und Philosophen Georges Canguilhem und daran anschließend Michel Foucault zur gesellschaftlichen Konstruktion und Stabilisierung der Kategorien »normal« und »pathologisch«, kommt in den Sozial- und Kulturwissenschaften der Frage große Bedeutung zu, was in einem spezifischen Kontext als normal gilt und wie etwas zu fassen, zu benennen und zu behandeln ist, was in einem Kontext nicht mehr als normal gilt (vgl. Canguilhem 1976; Foucault 1964). Dabei stellt Foucault diese Fragen vor allem als Fragen nach dem Zusammenhang von Macht und Wissen. Wie Menschen gewusst werden, spielt eine zentrale Rolle für In- und Exklusionsmechanismen, für die Zuerkennung und Aneignung von bürgerlichen Rechten und für den Zugang zu Ressourcen. Wie Menschen gewusst werden, positioniert sie in Herrschaftsräumen (vgl. Foucault 1980).

Wie Menschen gewusst werden, ist also im Kern eine Frage nach der Produktion und Wirkung von Klassifikationen. Dies wird im Feld der psychiatrischen Versorgung besonders deutlich. Psychiatrische Diagnosen, wie zum Beispiel Schizophrenie, sind seit jeher auf verschiedenen Ebenen umstritten. Psychiatrische »Erkrankungen« sind in den meisten Fällen hybride Phänomene, das heißt sie gehen mit somatischen Veränderungen einher, ohne dass diese notwendig konstitutiv für das Phänomen sein müssen, und sie äußern sich in einer Bandbreite von Geistes- und Verhaltensveränderungen, die häufig ebenfalls eine prägnante Spezifik vermissen lassen. Sie vermengen also somatische und psychische Aspekte und liegen damit quer zumindest zum Lehrbuchwissen einer modernen Medizin – ähnlich, wie dies auch für andere Phänomene, wie zum Beispiel chronischen Schmerz, der Fall ist (vgl. Latour 1993). Diese Unschärfe der Diagnosen hat seit jeher Anlass zu Debatten nicht nur über die genauen Definitionen von Diagnosen gegeben, also darüber welche Symptome oder Phänomene einer Diagnose zugerechnet werden sollten und welche nicht. Vielmehr haben die Debatten grundlegender den ontologischen Status vieler psychiatrischer Phänomene in Frage gestellt. Auch heute noch ist es in vielen Bereichen der psychiatrischen Versorgung üblich, beispielsweise die Diagnose »Schizophrenie« nur mit eindeutigen Anführungszeichen auszusprechen, um damit deutlich zu machen, dass die Existenz eines einheitlichen, bestimmbaren Phänomens in der Welt, das mit Schizophrenie angemessen bezeichnet wäre, keineswegs als zwingend angesehen wird.

Zu dieser Unsicherheit des ontologischen Status' von psychiatrischen Phänomenen tritt eng damit verknüpft die Schwierigkeit der Intervention. Wenn das »Was« einer Krankheit nicht eindeutig geklärt ist, lässt sich auch das »Wie« der Heilung häufig nicht eindeutig fassen. Pharmakologische Interventionen gehen häufig Hand in Hand mit verschiedenen therapeutischen Angeboten (vgl. Klausner 2011). Dabei zeigt die Vielfältigkeit der Versorgungslandschaft, wie groß die Bandbreite an Interventionen, Betreuungen und Unterstützungen tatsächlich ist. Die Unsicherheiten in Diagnose und Intervention haben vor allem zur Folge, dass wissenschaftlich-medizinisches Wissen nicht die alleinige Deutungshoheit über psychiatrische Phänomene als Erkrankung erlangt. Stattdessen werden im Feld immer wieder die diesem Wissen implizit zu Grunde liegenden Annahmen expliziert, diskutiert und kritisiert. Psychiatrisch-medizinisches Wissen tritt daher seltener mit einem Objektivitätsanspruch auf, wie dies in vielen anderen Feldern der Biomedizin der Fall ist, sondern setzt sich in einem kontinuierlichen Prozess mit normativen, ökonomischen, politischen, sozialen und kulturellen Aspekten von psychiatrischen Phänomenen auseinander. Das Ergebnis sind dann zumindest lokal stabile Klassifikationssysteme.

Diese Auseinandersetzungen sind sowohl von der Psychiatrie selbst als auch durch sozialkonstruktivistische Studien der Sozial- und Kulturwissenschaften in den letzten dreißig Jahren gut untersucht (Basaglia 1974, Laing 1960, Cooper 1971, Scheff 1966, Szasz 1961/1976). Dies heißt jedoch nicht, dass die verschiedenen Spannungen, die mit diesen Auseinandersetzungen einhergehen, in den jeweiligen Institutionen verschwunden wären. ExpertInnenkommissionen im Bereich von Diagnostik und Therapie, Kliniken, der komplementäre Sektor und das weite Feld der Gesundheitsverwaltung tragen diese Auseinandersetzungen in ihrem Alltagsgeschäft aus. Und sie tragen mit diesen Auseinandersetzungen im Alltag zur (Re-)Produktion spezifischer Klassifikationen, Perspektiven und Wissen bei.

Das Studienprojekt, dessen Beiträge in diesem Sonderheft zusammengefasst sind, wollte in seiner ursprünglichen Konzeption, diesem Institutionenfokus ein Bild von Alltagen Psychiatrie-erfahrenener Menschen in Berlin gegenüberstellen. Die methodischen und theoretischen Kompetenzen des Fachs schienen besonders geeignet zu fragen, wie Psychiatrie-erfahrene Menschen ihre Alltage jenseits von institutionellen Kontakten leben. Dieser Fokus hat sich im Laufe des Projekts aus zwei Gründen verschoben. Erstens hat er den zeitlichen Rahmen des Projekts und die darin angesiedelten Feldforschungen überstiegen, Kontakte zu Einzelpersonen jenseits von institutionellen Arrangements zu knüpfen und so einen dichten Einblick in individuelle Alltage zu erhalten.<sup>3</sup> Zweitens hat sich rasch herausgestellt, dass der komplementäre Sektor eine ganz zentrale Anlaufstelle im Alltag vieler Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung darstellt. Betreutes Wohnen und Arbeiten, Tagesstätten oder auch verschiedene Diskussions- und Selbsthilfesettings spielen in den Leben der Menschen eine sehr wichtige Rolle. Gerade hier werden aber die oben skizzierten Spannungen besonders deutlich.

Am Schnittfeld zwischen »normalem« Alltag und institutioneller Betreuung sind Aushandlungen zwischen gesund und krank, abhängig und selbstständig, heute und morgen allgegenwärtig. Dies lässt sich in einem Kontext, in dem Betreuung nie ohne Kontrolle zu haben ist, auch gar nicht vermeiden (Wolff 1983). Jedoch sind sich die Autorinnen der Beiträge einig, dass diese viel diskutierten Kategorien nicht die Kategorien sind, die im Alltag mit besonderer Prägnanz hervorstechen. Vielmehr wurde in den Projektdiskussionen oft die Frage erörtert, was an einer spezifischen Routine, einem Ausflug oder einer Kochaktion denn nun spezifisch »psychiatrisch« sei. Wie unterscheidet sich dieses Feld denn in der Normalität seines Alltags von anderen? Häufig war die Antwort so einfach wie unbefriedigend: die Menschen wären nicht da, wenn sie keine Probleme hätten, die als psychiatrisch verstanden werden.

Was jedoch in den vorgelegten Untersuchungen dieser Institutionen deutlich wird, ist die Brisanz des Prozesses, den der kanadische Wissenschaftsphilosoph Ian Hacking so treffend als *looping*-Effekt beschreibt (Hacking 2002). *Looping* bezeichnet die kontinuierliche Interaktion zwischen Klassifikation und Klassifizierten. Menschen, so formuliert Hacking, seien daher als *moving targets* zu begreifen. Sie reagieren darauf, dass und wie sie benannt und klassifiziert werden – im Falle von wirkmächtigen und umfassenden Klassifikationen dadurch, dass sie die Art und Weise, wie sie ihr Leben leben und wie sie sind, nach der Klassifikation ausrichten. Die Klassifikation wird Initiatorin und wichtiger Bestandteil eines neuen *way to be a person*, wie Hacking dies nennt. In anderen Fällen kann sich diese Ausrichtung nach einer Klassifikation aber auch in ihrer bewussten Ablehnung niederschlagen. Es ist nun offensichtlich, dass in dem hier skizzierten Feld, wo Diagnosen auf vielfältige Weise kritisiert, bekämpft und permanent rekonfiguriert werden, dieser *looping*-Effekt keineswegs als saubere, klar erkennbare, lineare Schleife verläuft. Vielmehr ist der gemeindepsychiatrische *loop* gekennzeichnet durch vielfältige Rückkopplungsschleifen, durch unaufgelöste Widersprüche und Spannungen auf verschiedensten Ebenen und zwischen verschiedensten AkteurInnen. Diese Spannungen aus einerseits einem Umfeld, das selbstverständlich hochgradig durch die Psychiatrie geprägt ist in seinen Strukturen, Möglichkeiten und Diskursen, andererseits aber aus Alltagen und Diskussionen, die oft so gar nicht die Kategorien des Feldes aufnehmen und vielmehr jenseits der etablierten Diskussionen einen geschützten und ermutigenden Raum kreieren wollen, diese spezifischen Spannungen bilden den Dreh- und Angelpunkt der hier versammelten Forschungsberichte.

## **Praxeographische Analysen, Alltage in Institutionen**

Im Zentrum der Forschungen, die in diesem Sonderheft versammelt sind, stehen Alltage in Institutionen des komplementären Versorgungsektors und ihren

Umfeldern. Alle Forschungen basieren auf intensiver und mehrwöchiger teilnehmender Beobachtung. Im Vordergrund der empirischen Arbeit standen eben gerade nicht die Diskurse und das Wissen über Normalität und Psychopathologie, denen in der Literatur bisher so viel Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Vielmehr ging es um die sehr kleinteilige, hochauflösende Beobachtung von individuellen Alltags in Institutionen. Der Fokus lag also deutlich auf dem Tun und dem Sprechen als Akt, weniger auf dem Gesprochenen als Text.

Damit orientieren sich die Arbeiten an der praxistheoretischen Wende, die vor allem am Schnittpunkt von feministischen Sozial- und Kulturanthropologien und anthropologischer Wissenschaftsforschung in den 1990er Jahren vorangetrieben wurde (Falk Moore 1975; Haraway 1988; Kontopodis u.a. 2011) und die mittlerweile auch in der Soziologie wichtige Impulse gesetzt hat (Hirschauer 2004; Schatzki 2010). Im Zentrum der Analysen steht das »Wie« alltäglichen Zusammenlebens mit einem besonderen Augenmerk auf Wissen und Materialität als konstitutiv für dieses Wie. In seiner radikalsten Ausprägung plädiert diese Forschungsrichtung für praxeographisches Arbeiten (Mol 2002). Dies unterscheidet sich von der klassischen Ethnographie zum einen durch einen Fokus auf Praxis statt, wie allgemein verbreiteter, auf AkteurInnen oder Strukturen. Zum anderen, und deutlich wichtiger, orientiert sich die Praxeographie an den Prozessphilosophien, die ihren Weg in die aktuellen Diskussionen vor allem der Wissenschafts- und der queer Forschung gefunden haben.<sup>4</sup> Dieser Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er Praxis als grundlegende, analytisch primitive Einheit konzeptualisiert (Barad 2007). AkteurInnen sind damit nicht der Praxis vor gängig. Sie nehmen vielmehr in ihrer konkreten Ausformung erst in konkreten, situieren Praxisformen Gestalt an. Es stellt sich daher nicht die Frage, ob Person X *an sich* nun normal ist. Person X existiert nicht als Abstraktum jenseits von räumlich wie zeitlich konkret situieren Kontexten und Praxen. Daher kann ihr Normalität oder Krankheit auch nicht einfach anhaften oder innewohnen. Person X *als* krank oder *als* normal ist ein *moving target*, das in spezifischen Konstellationen Gestalt annimmt. Aus dieser Perspektive muss also gefragt werden, *wie* Person X in einer spezifischen Praxisform Gestalt annimmt, zum Beispiel durch wohnen in betreutem Wohnen, als *wie stabil* diese Gestalt und diese Konstellation sich erweist und was diese Stabilität *unterstützt* beziehungsweise gefährdet.

Praxeographische Ansätze untersuchen also Produktions- und Stabilisierungsprozesse. Sie sind für das Feld der psychiatrischen Versorgung auf zweifache Art und Weise besonders gut geeignet. Erstens setzen sie nicht an wissenschaftlichen oder institutionellen Fakten an, sondern fragen immer nach deren Konstruktion und Wirkweise. Eine solche Perspektive läuft weniger Gefahr, Erklärungsansätze für psychiatrische Phänomene, die das Feld ständig anbietet, zu übernehmen. Stattdessen werden faktische Erklärungen immer als Wissenspraxis in ihren jeweiligen Kontexten situieren. Zweitens steuern praxeographische Ansätze so weit wie möglich weg von Essentialisierungen. Da in psychiatrischen

Feldern die Frage nach dem Subjekt- beziehungsweise Krankheitsstatus von Betroffenen und damit nach Normalität und Devianz immer im Raum steht, bietet sich ein Ansatz an, der *qua* Perspektive diese Frage nicht übernimmt, sondern quer zu ihr fragt, wie Menschen etwas tun, statt eine letztbegründete Antwort auf die Frage zu finden, was sie sind.<sup>5</sup>

Die praxeographische Orientierung der hier versammelten Forschungen dient also vor allem dem Zweck, die im Feld etablierten Kategorien und Klassifikationen der Selbstbeschreibung und analytischen Reflexion, bewusst zu brechen. Außerdem kommt vielen Institutionen im komplementären Sektor die Rolle zu, Menschen aus klinischen Kontexten und mit akuten Schwierigkeiten wieder in Alltage zu überführen oder zu begleiten, die ohne institutionelle Hilfe lebbar sind. Sie versuchen also einen Übergang zu bilden. Damit einher geht auch der Anspruch, dass die BesucherInnen und BewohnerInnen dieser Einrichtungen diesen Übergang bewerkstelligen. Vielmehr als um einen essentiellen Personen- und Gesundheitsstatus geht es also um einen Wandel von Alltag und damit möglicher Weise auch von Subjektivität. Dieser Wandel und diese Entwicklungen werden durch praxeographisches Arbeiten analytisch fassbar, weil hier der Subjektstatus nicht als *a priori* mit der Forschungsperspektive gesetzt wird, sondern er eigentliches Ziel der empirischen Forschung ist, das heißt seine ständige Herstellung beobachtet und analysiert wird. Allerdings muss an dieser Stelle auch angemerkt werden, dass gerade die Untersuchung von Wandel einer deutlich längeren Feldforschungsphase bedurft hätte, als sie im Rahmen der hier vorgestellten Forschungen möglich war. Trotzdem hat die praxeographische Perspektive einen wichtigen Impuls gesetzt, vor allen Dingen als Abgrenzung von diskursanalytischen Verfahren Foucaultscher Prägung und den damit verbundenen Problematisierungen.

## **Räumlichkeit und Care**

Im Zentrum der Forschungen stehen die Spannungen, die in institutionalisierten Räumen entstehen, die einerseits psychiatrisch geprägt sind, andererseits aber gerade durch die Vermittlung von »normalen« Alltagen und Erfahrungen Menschen helfen wollen, dieser psychiatrischen Prägung zu entwachsen. Diese Form der Normalitätsvermittlung schließt dabei nicht nur das Einüben von routinierten Tagesrhythmen und -strukturen ein, sondern bezieht sich auch auf die Kollektivierung von Erfahrung in Selbsthilfesettings, die letztlich auch den Effekt hat, eigene Erfahrungen anders zu verstehen und einen »normalen« Umgang damit zu erarbeiten.

Der Fokus liegt auf Alltagspraxis und der Art von Räumlichkeit, die in institutionellen Alltagen hergestellt wird. Räumlichkeit meint hier nicht dasselbe wie Raum. Zwar spielen Unterscheidungen von öffentlichem und privatem, sowie



materiellem, imaginiertem, sozialem und repräsentiertem Raum eine Rolle; schließlich geht es gerade darum, mit Menschen Formen zu erarbeiten, in denen sie wieder am öffentlichen Leben teilnehmen können. Dies geht natürlich nicht abseits der Stadträume, in denen dieses öffentliche Leben stattfindet (Bourdieu 1985; Lefebvre 1991). Räumlichkeit löst sich aber noch einen Schritt weiter von tatsächlichem, euklidischen Raum und seinen Aneignungen und Repräsentationen, und nutzt Räumlichkeit als Metapher für die Stabilität beziehungsweise Veränderung von Netzwerken. Es ist ein Begriff, der sich in den neueren Entwicklungen etabliert, die aus den oben bereits skizzierten theoretischen Ansätzen und den Debatten um Akteur-Netzwerk-Theorie hervorgegangen sind (Mol/Law 1994; Law/Mol 2001). Es ist eine relationale Perspektive, die fragt, wie sich Akteur-Netzwerke verändern. Sie fragt nach den Verbindungen des Alltags, wie diese Verbindungen sich verändern, wie sie Muster bilden und wie bestimmte Verbindungen und Netzwerke stabil werden, andere jedoch schnell vergehen, sich kontinuierlich verändern oder zwischen verschiedenen Zuständen oszillieren. Die institutionellen Räume, die in den hier vorgestellten Projekten untersucht wurden, werden also als Netzwerke in Bewegung verstanden, die Schutz gewähren, die bestimmte Formen von Subjektivität und Beziehung befördern und die bestimmte Lebensformen und Aktivitäten vorsehen und andere ausschließen. Wie sie dies im Alltag tun, gerät mit der Frage nach Räumlichkeit in den Blick.

Ein zweiter Aspekt wird in der aktuellen Forschung häufig unter dem Begriff *care* diskutiert (Mol 2008). *Care*, möglicher Weise angemessen zu übersetzen mit Achtsamkeit oder Sorge, bezeichnet dabei die Tatsache, dass ein Versorgungssystem niemals die in es per Gesetz, Verordnung oder Richtlinie eingeschriebenen Vorgaben eins zu eins in der Praxis umsetzt oder umsetzen könnte. Die alltägliche Betreuung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung bedarf des kontinuierlichen Justierens, Bastelns und Aushandelns (vgl. Niewöhner 2011). *Care* bezeichnet in diesem Kontext das Loslösen des Alltags von starren Vorgaben und das Eintreten in einen Interaktionsprozess. Dies wird in Institutionen und Selbsthilfegruppen gleichermaßen vermittelt durch Strukturen, Technologien, Rhythmen wie auch die Eigenheiten der Akteure. Die oben charakterisierte Spannung in institutionellen Alltags zeigt sich genau in der permanenten Aushandlung zwischen Aufgabenbeschreibungen, Aufträgen und persönlichen wie formalen Zielen einerseits, und andererseits der Notwendigkeit diese immer wieder der Situation angemessen zu justieren, anzupassen und zu verhandeln. Dieser Spagat fällt dem komplementären Sektor zu und in diesem Spagat werden die großen Fragen von Normalität, Krankheit und Heilung in den Mikrokosmen alltäglicher Routinen immer wieder aufs Neue verhandelt, ausgeblendet oder thematisiert.

## Die Beiträge im Überblick

Tillie Kluthe thematisiert in ihrem Beitrag über eine Einrichtung des Betreuten Wohnens für junge Erwachsene einen zentralen Aspekt therapeutischen Arbeitens im psychiatrischen Versorgungssystem: die besondere Rolle der Beziehungsarbeit zwischen Betreuenden und Betreuten. In ihrer detaillierten Analyse verschiedener Formen des »Beziehung-Machens« arbeitet Kluthe heraus wie durch die Regulation von Nähe und Distanz im Alltag der Einrichtung Intimität und Vertrauen aber auch Abgrenzung und Eigenständigkeit immer wieder neu hergestellt werden. Barbara Holli widmet sich in ihrem Beitrag den Alltagsroutinen einer Tagesstätte und zeigt wie hier in der Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen Flexibilität zum entscheidenden Merkmal der alltäglichen Routinen wird. Am Beispiel einer Aktivität der Tagesstätte, den Ausflügen, arbeitet sie heraus wie in einem kontinuierlichen Anpassen von Strukturen und Routinen für die KlientInnen eine Art Schutzraum entsteht, der diese auch umgibt, wenn sie für einen Ausflug die Tagesstätte verlassen. Deutlich wird in ihrem Beitrag vor allem wie »Eigenständigkeit« in den *care*-Praxen als kollektiver Prozess verstanden werden muss. Manuela Georgiew untersucht in ihrem Beitrag einen Sozialpsychiatrischen Dienst, eine Institution, die für die Begutachtung und Koordination von Hilfeleistungen in der psychiatrischen Versorgung zuständig ist. Ihr gelingt es anhand ethnografischer Materialien herauszuarbeiten, wie einzelne Schicksale und Biographien die Form des »Falls« annehmen und mit dieser notwendigen Einordnung in institutionelle Routinen und Logiken bestimmte Entwicklungspfade und Zukünfte wahrscheinlicher werden als andere.

Simran Sodhis englischsprachiger Text nimmt die LeserInnen mit in den Alltag einer Kontaktstelle, die mit einer Komm-Struktur ihren KlientInnen größtmögliche Freiheiten bei gleichzeitiger Unterstützung bieten möchte. Anhand von hochauflösend analysierten Sequenzen zeigt Sodhi vor allem, wie Alltagsroutinen als Technologien fungieren, in dem sie Ordnungen an (Betreuungs-) Konzepte rückbinden. Die dabei entstehenden Justierungen und Spannungen stehen im Vordergrund des Artikels.

Ein etwas anders gelagertes Angebot für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung, Angehörige und Professionelle beschreibt Julie Mewes, die für ihre Forschung so genannte Trialog-Gruppen begleitet hat: Gesprächsgruppen, in denen Professionelle, Betroffene und Angehörige zum Austausch über das Phänomen Stimmenhören zusammenkommen. Gilt Stimmenhören in der konventionellen psychiatrischen Diagnostik vor allem als ein Symptom für eine Psychose, eröffnen die Trialog-Gruppen einen Raum, der vielfältige alternative Erklärungswege ermöglicht. Mewes diskutiert Stimmenhören daher als »Grenzobjekt« der beteiligten AkteurInnengruppen und zeigt vier verschiedene Modi des Stimmenhörens, die sich nicht in konsistenter Art und Weise einzelnen AkteurInnen zuordnen lassen.

Carolyn Genz' Aufsatz zur Arbeit einer Tagesstätte fokussiert mit dem Konzept des Zwischenraums auf die routinierte Arbeit der MitarbeiterInnen, die geleistet werden muss, um einen geschützten Raum zu produzieren. Sie problematisiert zum einen das Spannungsverhältnis zwischen dem institutionellen Anspruch einen Übergang von Krise zu »normalem« Alltagsleben zu unterstützen und der tatsächlichen Verweildauer von BesucherInnen in der Tagesstätte. Zum anderen arbeitet sie heraus, wie das Schützende der Tagesstättenräumlichkeiten transportabel gemacht werden kann, um Ausflüge in die Stadt zu ermöglichen.

## Anmerkungen

- <sup>1</sup> An dieser Stelle gilt unser besonderer Dank Sebastian von Peter, der die Kontakte zu den verschiedenen Einrichtungen und Gruppen hergestellt hat und uns beratend zur Seite stand.
- <sup>2</sup> Zur Entwicklung in Berlin siehe hierzu den Psychiatrie-Bericht Berlin der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz aus dem Jahr 1996.
- <sup>3</sup> Diese Form der Langzeitforschung mit Betroffenen außerhalb des beziehungsweise über den institutionellen Alltag hinaus ist Bestandteil eines DFG-geförderten Forschungsprojektes am Institut für Europäische Ethnologie mit den Titel »Die Produktion von Chronizität im Alltag psychiatrischer Versorgung und Forschung in Berlin«. Weitere Informationen zum Projekt: [www.euroethno.hu-berlin.de/forschung/projekte/laufende/chronizitaet](http://www.euroethno.hu-berlin.de/forschung/projekte/laufende/chronizitaet).
- <sup>4</sup> Für diese Entwicklung haben die Arbeiten von Alfred North Whitehead, John Dewey und William James eine wichtige Rolle gespielt, deren Stoßrichtung dann vor allem von Gilles Deleuze und Felix Guattari wieder aufgenommen und aktualisiert wurde.
- <sup>5</sup> Damit weichen praxeographische Ansätze auf relevante Weise ab von ähnlich geführten Diskussionen in der Intersektionalitätsforschung – möglicher Weise auf Kosten eines schwächeren analytischen Fokus auf Herrschaftsverhältnisse.

## Literatur

- Barad, Karen Michelle (2007): *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham.
- Basaglia, Franco (Hg.) (1974): *Was ist Psychiatrie?* Frankfurt am Main.
- Bourdieu, Pierre (1985): *Sozialer Raum und »Klassen«*. Zwei Vorlesungen. Frankfurt am Main.
- Canguilhem, Georges (1976): *Das Normale und das Pathologische*. München (Sonderausgabe).
- Cooper, David (1971): *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*. Frankfurt am Main.
- Expertenkommission der Bundesregierung (1988): *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich*. Bonn.
- Falk Moore, Sally (1975): *Epilogue: Uncertainties in Situations, Indeterminacies in Culture*. In: Barbara G. Myerhoff/Sally Falk Moore (Hg.): *Symbol and Politics in Communal Ideology. Cases and Questions*. Ithaca/London.
- Foucault, Michel (1965): *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York.

- Ders. (1980): *Power/Knowledge, Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Herausgegeben von Colin Gordon. New York.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder, AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*.
- Goffman, Erving (1961): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City.
- Hacking, Ian (1983): *Representing and Intervening: Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*. Cambridge.
- Ders. (2006): *Kinds of People: Moving Targets*. British Academy Lecture 10, 1-18.
- Haraway, Donna (1988): *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*. In: *Feminist Studies* 14/3, 575-599.
- Hirschauer, Stefan (2004): *Praktiken und Ihre Körper. Über Materielle Partizipanden des Tuns*. In: Karl H. Hörning/Julia Reuter (Hg.): *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und Sozialer Praxis*. Bielefeld, 73-91.
- Klausner, Martina (2011): *Of Words and Pills. Producing the stable patient in a social psychiatric clinic in Berlin*. Vortrag auf dem Workshop: *Global Psychopharmaceuticals – Local Interventions*, 14.-15. April 2011. Berlin.
- Laing, Ronald D. (1960): *The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth.
- Latour, Bruno (1983): *Give Me a Laboratory and I Will Raise the World*. In: Michael Mulkay/Karin Knorr-Cetina (Hg.): *Science Observed*. London, 141–170.
- Law, John/Annemarie Mol (1994): *Regions, Networks and Fluids: Anaemia and Social Topology*. In: *Social Studies of Science* 24/4, 641-671.
- Dies. (2001): *Situating Technoscience: An Inquiry into Spatialities*. In: *Environment and Planning D: Society & Space* 19/5, 609-621.
- Lefebvre, Henri (1991): *The Production of Space*. Oxford, UK/Cambridge, MA, USA.
- Mol, Annemarie (2002): *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham.
- Dies. (2008): *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London.
- Niewöhner, Jörg u.a. (2011): *Investigating Emerging Biomedical Practices: Zones of Awkward Engagement on Different Scales*. In: *Science, Technology & Human Values* 36/5, 616-637.
- Niewöhner, Jörg (2011): *The Practice of the Physician's Understanding. Analysing Different Forms of Tinkering with Overweight and Obesity*. In: Tanja Bogusz/Estrid Sørensen (Hg.): *Naturalismus | Konstruktivismus: Zur Produktivität einer Dichotomie*. Berlin.
- Psychiatrie-Enquête (1975): *Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*.
- Richter, Dirk u.a. (2008): *Nehmen Psychische Störungen Zu? Eine Systematische Literaturübersicht*. In: *Psychiatrische Praxis* 35/7, 321-330.
- Schatzki, Theodore R. u.a. (2001): *The Practice Turn in Contemporary Theory*. New York.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (1996): *Psychiatrieentwicklungsprogramm. Psychiatrie-Bericht Berlin Teil III. Empfehlungen für eine strukturierte Entwicklung der regionalisierten psychiatrischen Versorgung*.
- Scheff, Thomas J. (1973): *Das Etikett Geisteskrankheit. Soziale Interaktion und psychische Störung*. Frankfurt am Main.
- Szasz, Thomas (1976): *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*. New York.
- Ders. (1984): *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York.
- Vock, Rubina u.a. (2007): *Mit der Diagnose »chronisch psychisch krank« ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin*. Frankfurt am Main.
- Wolff, Stephan (1983): *Die Produktion von Fürsorglichkeit*. Bielefeld.